

Frans Diorgene Bernardes da Silva

**UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE O CONCEITO
DE SAÚDE, AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A SAÚDE
DO TRABALHADOR.**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Universidade Federal de Minas Gerais

2012

Frans Diorgene Bernardes da Silva

**UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE O CONCEITO
DE SAÚDE, AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A SAÚDE
DO TRABALHADOR.**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Educação Física da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ivana Montandon Soares Aleixo

Co-orientadora: Maíza Moreira da Silva

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Universidade Federal de Minas Gerais

2012

RESUMO

No decorrer da história da humanidade, a natureza foi vista como fonte inesgotável de empreendimentos, os avanços tecnológicos e científicos permitiram abusos incalculáveis, entretanto, para que a produção aconteça, o trabalhador será sempre indispensável. O modo de consumo e produção de uma dada sociedade determina as relações entre trabalho e saúde, estes são o grande referencial para se entender as condições de vida, o perfil das enfermidades, e ainda a suscetibilidade de diferentes grupos sociais, e assim, a possibilidade de construir alternativas de Sistemas capazes de garantir a saúde e a vida. Esse trabalho consiste em uma revisão de literatura cujo objetivo é analisar o contexto histórico do surgimento do primeiro conceito universal de saúde formulado pela OMS, analisar as críticas ao conceito e delinear suas repercussões ao tema saúde do trabalhador, envolvendo posteriormente, o Sistema Único de Saúde brasileiro. Para tanto foi realizado, com o auxílio de uma bibliotecária, a revisão bibliográfica, os artigos e capítulos de livros de projeção internacional foram buscados depois de elaboradas três estratégias de pesquisas e obtidos pelos sites *pub med* e *bvs* (biblioteca de saúde virtual).

Palavras-chave: saúde. Saúde do trabalhador. Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. JUSTIFICATIVA	7
3. OBJETIVO.....	8
4. METODOLOGIA.....	9
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
5.1. Dos estudos epidemiológicos ao primeiro conceito de Saúde da OMS	10
5.2. Das críticas ao conceito de Saúde ao surgimento do SUS.....	13
5.3. O trabalhador no contexto da Saúde	18
5.4. O SUS e a Saúde do Trabalhador	21
6. CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

O termo saúde acompanha a história da humanidade, começando a milhares de anos e se estendendo até os dias atuais. O século XVIII marca a evolução nos estudos epidemiológicos, bem como o início da aplicação do termo às necessidades da sociedade. A partir de então, saúde passou a refletir uma conjuntura social, econômica, política e cultural, Scliar (2007) completa dizendo: dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Em meados do século XIX quando a Revolução Industrial se expandia pela Europa, proprietários de inúmeras fábricas começaram a se preocupar com as perdas consideráveis de mão-de-obra, o que refletiu nos primeiros serviços de assistência médica no trabalho (MENDES; DIAS, 1991). Neste contexto, emerge no final do século XIX, diferentes estudos a cerca da saúde da classe trabalhadora, envolvendo suas condições sanitárias e higiene, insalubridade, análises de relatórios médicos e observações de ambiente de trabalho. Esses estudos tiveram início na França e Grã-Bretanha, chegando rapidamente aos Estados Unidos (SCLIAR, 2007). O século XIX finaliza com a idéia de possíveis intervenções do Estado na área de saúde pública (MENDES; DIAS, 1991).

O início do século XX é marcado pelo início do maior conflito bélico da história, conseqüência da luta entre as maiores potências mundial daquele momento, causando desestabilizações políticas, sócias, econômicas e culturais por todo o mundo (SCLIAR, 2007). Somente após a Segunda Guerra Mundial, mais precisamente em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulga o primeiro conceito universal de saúde: *“Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”* .

O conceito refletiu a nova configuração mundial do período pós-guerra, sendo vastamente criticado, porém fruto de futuras reestruturações políticas. A primeira manifestação da OMS trouxe mais discussões a respeito não somente do conceito, mas também de sua aplicabilidade, num momento de transição e configuração de uma nova estabilidade política e social a nível mundial. A partir da segunda metade do século XX, saúde se estabelece firmemente como um campo, o *Health Field* (SCLIAR, 2007).

A partir da segunda metade do século XX, os trabalhadores passaram exigir retorno do reconhecimento do seu saber, direito a informação e recusam o trabalho perigoso ou arriscado a saúde, passaram ainda a questionar as alterações nos processos

de trabalho, particularmente pela emergente adoção as novas tecnologias (SCLIAR,2007). Sustentou-se nesse momento o necessário esforço para a compreensão da relação trabalho *versus* saúde. E “como características básicas dessa nova prática, destaca-se a de ser um campo em construção no espaço de *Saúde Pública*” (MENDES; DIAS, 1991).

Em 1977, a Conferência de Alma-Ata marcou o surgimento dos serviços que prestam os cuidados na atenção primária à saúde (APS), representam o princípio de que a saúde é um direito universal e parte constituinte de um processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades. A implementação da proposta estabeleceu, de uma vez por todas, o papel do governo ou dos Estados no campo de saúde pública (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Para firmar a idéia de que, num contexto mundial saúde passou a ser considerada um direito, aconteceu em 1986 a Primeira Conferência Internacional de Saúde (FARIA *et al.*, 2009), .

É neste cenário que surgiram as vigentes políticas de intervenção em saúde pública no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ter suas competências a partir da nova Constituição Federal de 1988 (SCLIAR, 2007). A criação do Sistema foi a mais ousada reengenharia da Saúde Pública, garantindo a partir desse momento que a saúde fosse um direito de todos e um dever do Estado (CEREST, 2008).

A criação do SUS marcou uma nova etapa da construção da cidadania dos brasileiros, as ações em saúde do trabalhador passaram a ser definidas como parte integrante das atribuições do SUS (CEREST, 2008), e desde sua criação é responsável em seus diferentes níveis de complexidade, pelo atendimento a trabalhadores vítimas de doenças e acidentes relacionados ao trabalho (SILVEIRA, 2009). Sendo assim, foi necessário mais de um século não para se definir saúde, mas para se concretizar sua importância como direito na vida dos seres humanos.

2. JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica na necessidade de se descrever detalhadamente o contexto histórico do surgimento do primeiro conceito universal de saúde, bem como sua repercussão a nível mundial no que diz respeito à saúde do trabalhador e que posteriormente no Brasil, conferiu as competências do Sistema Único de Saúde.

3. OBJETIVO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o contexto histórico do surgimento do primeiro conceito de saúde formulado pela OMS, analisar as críticas ao conceito e delinear suas repercussões ao tema saúde do trabalhador, envolvendo posteriormente o Sistema Único de Saúde brasileiro.

4. METODOLOGIA

O estudo foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica e teve o auxílio da bibliotecária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Os artigos e capítulos de livros de projeção internacional foram buscados depois de elaboradas três estratégias de pesquisas e obtidos pelos sites *pub med* e *BVS* (biblioteca de saúde virtual).

5. REVISÃO BIBLIOGRAFICA

5.1. Dos estudos epidemiológicos ao primeiro conceito de Saúde da OMS

O termo saúde acompanha o desenrolar da história, começando a milhares de anos e que se desenrola até os dias atuais. Para uma melhor contextualização histórica é necessário analisar quando se começou a preocupar com a saúde, pois assim é possível melhor visualizar a evolução do termo e sua aplicabilidade as necessidades da sociedade.

Ao se observar as primeiras publicações no que diz respeito à saúde, pode ser notado o atrelamento do termo a doença. Por muito tempo o estar enfermo foi considerado o contrário de estar saudável, ou proveniente de forças divinas, considerado ainda uma forma de penitência aos pecados e até uma forma de aceitar a morte (SCLIAR, 2007).

Posteriormente observou-se que as doenças poderiam estar associadas aos diferentes estilos de vida dos seres humanos e surgem modelos que preconizavam que as doenças eram adquiridas através de emanções ambientais provenientes do solo, da água, do ar (PITANGA, 2002).

Foi necessária uma evolução nos estudos epidemiológicos e na anatomia humana para se acreditar que “as doenças podiam estar atreladas a fatores endógenos, falhas do próprio organismo do seres humanos“ (MOACYR SCLIAR, 2007). Neste contexto François Xavier Bichat (1771-1802) aparece com um famoso conceito para aquela época, em que saúde seria o “silêncio dos órgãos”.

No decorrer do século XVIII os estudos epidemiológicos evoluíram. Saúde passou a refletir uma conjuntura social, econômica, política e cultural, Scliar (2007) completa dizendo: dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas.

A Revolução Industrial enfatizou no século XIX o momento em que se estabeleceram as bases históricas da moderna epidemiologia. Naquele momento as cidades cresciam e as condições de vida se agravavam (PITANGA, 2002). O consumo da mão-de-obra, resultante da exploração dos trabalhadores, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo (MENDES & DIAS, 1991).

Os trabalhadores dessa época foram de protagonistas de um cenário em que a grande massa da população vivia em ambientes poluídos e insalubres (PITANGA, 2002). Neste contexto os modelos que se tinham como apenas um determinante as causas de doenças se tornam insuficientes, torna-se sustentável acreditar que elementos de “diversas ordens (biológicos, físicos e sociais), podem interagir como causa, surgindo então à idéia das redes multicausais na determinação das doenças” (PITANGA, 2002).

Em meados do século XIX quando a Revolução Industrial se expandia pela Europa, os proprietários de inúmeras fábricas começaram a se preocupar com as perdas consideráveis de mão-de-obra (MENDES; DIAS, 1991). Mendes e Dias (1991) citam o relato de um médico inglês ao ser procurado por um proprietário fabril:

“Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado”. (Dr. Robert Baker, 1830 apud MENDES; DIAS, 1991).

O relato ilustra o surgimento do primeiro serviço de assistência médica no trabalho até aquele momento (MENDES; DIAS, 1991). A inexistência somada à fragilidade dos sistemas de assistência a saúde, seja como expressão do seguro social ou daqueles diretamente providos pelo Estado, via serviços de saúde pública, fez com que “os serviços médicos de empresa passassem a exercer um papel vicariante” (MENDES; DIAS, 1991).

Porém naquele cenário, o papel do corpo médico dentro do ambiente de trabalho parecia representar o lucro, e não propriamente a preocupação com a saúde na vida do trabalhador (KEPPLER; VILHANUEVA, 2012). Henry Ford (1863-1947), que implementou o modelo de produção conhecido como *fordismo*, mesmo que tardiamente ilustrou o que acontecia naquele momento, ao dizer que : “o corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro ”. Tal conceito se estende até os dias atuais (KEPPLER; VILHANUEVA, 2012).

A fim de não esmagar a mão-de-obra operária, já no final do século XIX emergem diferentes estudos a cerca da saúde da classe trabalhadora, envolvendo suas condições sanitárias e de higiene, insalubridade, análises de relatórios médicos, observações de ambiente de trabalho e do ambiente que habita, e até mesmo análise da mortalidade em diferentes bairros (SCLIAR, 2007).

Esses estudos tiveram início na França e Grã-Bretanha, chegando rapidamente aos Estados Unidos. Deram início oficial ao serviço de saúde pública na Grã-Bretanha e serviram tardiamente de exemplo para formulação de outros em diferentes países. Moacyr Scliar (2007) acrescenta:

Edwin Chadwick (1800-1890) escreveu um relatório que depois se tornaria famoso: As condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha. Chadwick, que não era médico nem sanitarista, mas advogado impressionou o Parlamento, que em 1848 promulgou lei (Public Health Act) criando uma Diretoria Geral de Saúde, encarregada, principalmente, de propor medidas de saúde pública e de recrutar médicos sanitaristas (SCLIAR, 2007).

As intervenções de Chadwick lhe trouxeram reconhecimento mundial e serviram de exemplo para intervenções futuras no que diz respeito às intervenções do Estado na saúde pública, mesmo não sendo ele o primeiro a propor isso. Na Alemanha já tinha surgido, em 1779, a idéia da intervenção do Estado na área de saúde pública (SCLIAR, 2007).

O século XIX finaliza com a idéia de possíveis intervenções do Estado na área de saúde pública. Assim como a Revolução Industrial se alastrou pela Europa e o mundo, os estudos epidemiológicos tiveram de correr para suprirem as novas demandas decorrentes dos avanços tecnológicos (MENDES; DIAS, 1991).

O início do século XX é marcado pelo começo do maior conflito bélico da história, conseqüência da luta entre as maiores potências mundial daquele momento, causando desestabilizações políticas, sócias, econômicas e culturais por todo o mundo (SCLIAR, 2007). Porém foi somente após o segundo maior conflito bélico que as intervenções a nível mundial buscaram o retorno a uma nova estabilização social (SCLIAR, 2007).

Até o século XX não existia ainda um conceito universalmente aceito para saúde, Moacyr Scliar (2007) acrescenta que para isso seria necessário um consenso entre as nações, possível de obter somente através de um organismo internacional. Ao

fim da Segunda Guerra Mundial é criada a Organização Mundial de Saúde (OMS) e difundido o primeiro conceito de saúde universalmente aceito:

O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que “ Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade ” (SCLIAR, 2007).

5.2. Das críticas ao conceito de Saúde ao surgimento do SUS

O primeiro conceito da OMS surgiu em função da nova configuração mundial do período pós-guerra, associado à ascensão do socialismo, em que saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações (SCLIAR, 2007).

Somando-se a crítica de natureza política, liberatória, Moacyr Scliar (2007) acrescenta: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde. Neste momento, saúde ganha forte entorno político.

Mesmo pensando que se trata de uma concepção positiva (FARIA *et al.*, 2009), o conceito é fortemente criticado e questionado até os dias atuais. Saúde positiva estaria associada com a capacidade de usufruir da vida e de sobressair aos desafios do cotidiano, enquanto saúde negativa estaria associada à morbidade, ou mesmo a morte (PITANGA, 2002).

Para além das críticas de natureza política, o primeiro conceito da OMS tem também seus questionamentos em um contexto técnico (SCLIAR, 2007). Segre e Ferraz (1997) consideram o conceito ultrapassado, por visar a uma perfeição inatingível.

Faria *et al.*, (2009) acrescentam críticas, ao sugerirem que o conceito apresenta uma condição ideal de plenitude, que seria o objetivo final, praticamente inatingível, da existência, da vida de todas as pessoas. É necessário distinguir a saúde da totalidade da vida e, portanto, do conjunto dos objetivos da vida dos seres humanos, para o conceito da OMS saúde é tida como meio de busca e não como objeto de busca.

Ao considerar saúde um meio para a realização dos indivíduos na vida, não podemos confundir com a totalidade da realização de cada um, assim encontra-se uma

restrição ao conceito de saúde que não é presente na definição da OMS (FARIA *et al.* 2009).

Desse modo, a primeira manifestação da OMS no que diz respeito à saúde e sua futura configuração trouxeram mais discussões a respeito não somente do conceito, mas também de sua aplicabilidade num momento de transição e configuração de uma nova estabilidade política e social a nível mundial.

A partir da segunda metade do século XX, saúde se estabelece firmemente como um campo, o *health field*, (SCLIAR, 2007). Neste contexto, o conceito da OMS foi considerado útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve por sua vez intervir (SCLIAR, 2007).

O campo de saúde passa a abranger a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência a saúde, baseando-se no modelo inglês (LALONDE, 1974; *apunt* SCLIAR, 2007). São os quatro determinantes de saúde segundo o Relatório de Lalonde (1947).

<u><i>Os determinantes de saúde</i></u>
– A <u><i>biologia humana</i></u> , que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
– O <u><i>meio ambiente</i></u> , que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
– O <u><i>estilo de vida</i></u> , do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
– A <u><i>organização da assistência à saúde</i></u> . A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde.

QUADRO 1 - Os determinantes da saúde (LALONDE, 1974; *apunt* SCLIAR, 2007).

Os estudos entorno dos determinantes de saúde se alastram por trás daqueles países pioneiros na Revolução Industrial, e por trás daqueles que vieram a ser chamados por países de terceiro mundo, os quais não acompanharam o primeiro passo da Revolução mas serviram de suporte quando logo avançavam as inovações tecnológicas e constituía-se uma nova conjuntura mundial de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

As modificações dos processos de trabalho em nível "macro" (terceirização da economia), e "micro" (automação e informatização), acrescentados à eliminação dos riscos nas antigas condições de trabalho, provocam um deslocamento do perfil de morbidade causada pelo trabalho: as doenças profissionais clássicas começaram a perder importância, e a preocupação desloca-se para outras "doenças relacionadas com o trabalho" (work related diseases). Passam a ser valorizadas as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial e doença coronariana), os distúrbios mentais, o estresse e o câncer (MENDES; DIAS, 1991).

Enquanto acontecia a chamada transição epidemiológica, na qual existe uma mudança no perfil das causas de morte, de doenças infecciosas para, por exemplo, doenças cardiovasculares (PITANGA, 2002), as inquietações da classe trabalhadora ganhavam força e suas organizações estabilizadas, era necessário que os argumentos do meio médico ganhassem estabilidade e fundamentações relevantes (MENDES; DIAS, 1991).

À medida que surgiam programas de assistência aos trabalhadores, em nível de rede pública e de serviços de saúde, as críticas das classes trabalhadoras tornam-se mais contundentes. Os programas contribuíram significativamente para tornar visível o impacto do trabalho sobre a saúde, questionam as práticas dos serviços médicos no trabalho e deram suporte aos trabalhadores nas suas reivindicações por melhores condições de saúde (MENDES; DIAS, 1991).

A partir da segunda metade do século XX, os trabalhadores passaram exigir retorno do reconhecimento do seu saber e questionar as alterações nos processos de trabalho, particularmente pela emergente adoção das novas tecnologias. Além disso, exigem o direito à informação e recusam o trabalho perigoso ou arriscado à saúde (SCLIAR, 2007).

Do intenso processo social relatado e sua expansão pelo mundo, sustenta-se o necessário esforço para a compreensão da relação trabalho *versus* saúde. E “como características básicas dessa nova prática, destaca-se a de ser um campo em construção no espaço de *saúde pública*” (MENDES; DIAS, 1991).

Em 1977, diante do resultado de uma crescente demanda por maior desenvolvimento e progresso social, acontece a Conferência de Alma-Ata, na ex-União Soviética. Organizada pela OMS, teve como objetivo enfatizar as enormes desigualdades na situação de saúde entre países subdesenvolvidos e desenvolvidos, destacando-se a responsabilidade governamental na provisão de saúde e a importância

da comunidade e de pessoas na implementação e planejamento dos cuidados a saúde (SCLIAR, 2007).

A Conferência tratou de uma estratégia que se baseou nos seguintes pontos (modificado de SCLIAR, 2007):

- As ações de saúde devem ser praticadas, realizáveis e socialmente aceitas;
- Estar ao alcance de todos, disponíveis em locais acessíveis a comunidade;
- A comunidade deve participar na implantação e na atuação do sistema de saúde;
- O custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país.

A Conferência de Alma-Ata marcou o surgimento dos serviços que prestam os cuidados na atenção primária à saúde (APS), representam o princípio de que a saúde é um direito universal e parte constituinte de um processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). A atenção primária à saúde (APS) é uma estratégia de organização dos sistemas de saúde, considerada a melhor abordagem para se combater as injustiças e os problemas de saúde de maneira equitativa e sustentável (WHO, 2008).

A implementação da proposta ocorreu de maneira estreita e distinta em diversos países (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008), mas estabeleceu de uma vez por todas o papel do governo ou dos Estados no campo de saúde pública, em construção até os dias atuais.

Em 21 de Novembro de 1986 aconteceu em Ottawa, Canadá, a Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde (*First International Conference on Health Promotion*) (FARIA *et al.*, 2009), onde a OMS propôs:

Promoção de saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre como melhorar a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Diante da Conferência de Ottawa, e num contexto mundial onde saúde passou a ser considerada com um direito, a OMS expande sua idéia a respeito do seu primeiro conceito de saúde, mas que veio também a ser criticado e dito como funcional para aqueles sujeitos da área de saúde pública (FARIA *et al.*, 2009).

A nova colocação da OMS no que diz respeito à saúde manifestou de acordo com a nova ordem política mundial, dando assim ênfase aos objetivos da Conferência de 1986:

“Esta conferência foi principalmente uma resposta às expectativas crescentes de um movimento nova saúde pública em todo o mundo. Os debates centraram-se nas necessidades dos países industrializados, mas levaram em conta as preocupações semelhantes em todas as outras regiões” (OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION, 1986).

Como já descrito a busca por uma definição e aplicabilidade do conceito de saúde caminhou com o decorrer da história, as últimas críticas a segunda colocação da OMS sobre saúde em 1986 parece mais complementar o primeiro conceito do que propriamente tirar seu valor.

É necessário considerar não é somente um conceito que vai nortear as condições para a realização dos indivíduos, além de saúde outras condições são necessárias (FARIA *et al.*, 2009). A própria Carta da Ottawa (*Ottawa Charter, 1986*) propôs que as condições fundamentais e recursos, ou pré-requisitos para a saúde: paz, moradia, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, sociais, justiça, e equidade (*peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, sustainable resources, social, justice, and equity*).

Os pré-requisitos para a saúde (OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION, 1986) somados aos determinantes de saúde (LALONDE, 1974; *apunt* SCLIAR, 2007) norteiam o que engloba o campo saúde (*Health Field*), e com essa delimitação é possível que a abordagem da intervenção social no setor saúde se torne mais objetiva, operacionalizável e eficaz (FARIA *et al.*, 2009).

Todo esse processo social se desdobrou em uma serie de iniciativas e expressou em discussões e repercussões a nível mundial como a I Conferência Nacional de Saúde dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991).

É neste cenário que surgiram as vigentes políticas de intervenção em saúde pública no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ter suas competências a

partir da nova Constituição Federal de 1988 (SCLiar, 2007), e segundo o artigo 196, esse é o princípio que norteia o SUS:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

Os conceitos de cuidados a atenção primária à saúde (APS) ganham um norteador e conotação política, além de sustentar responsabilidade econômica e sociocultural de acordo com cada região (SCLiar, 2007).

Foi necessário mais de um século não para se definir saúde, mas para se concretizar sua importância como direito na vida dos seres humanos.

5.3. O trabalhador no contexto da Saúde

O trabalho constitui historicamente, o maior determinante da estrutura de como as sociedades se coordena, sendo o caminho pelo qual o homem modifica a si mesmo e o ambiente (SANTOS 2006; ASSUNÇÃO, 2003 *apunt* SANTOS 2006). Dessa maneira, trabalhar é uma capacidade exclusiva dos homens, já que os animais agem por instinto e não são capazes de antecipar o resultados de sua ação sobre a natureza, tão pouco são capazes de inovar (SILVEIRA, 2009).

Na sociedade o trabalho pode ser configurado como possibilidade de reconhecimento e honra, o que o leva a constituir fonte de realizações, gratificações pessoais e reconhecimento pela coletividade (SILVEIRA, 2009). Mas, é também no trabalho que podem surgir diferentes situações que afetam a saúde, como quando expostos as extensas jornadas, aos produtos químicos, aos ruídos, aos ambientes inadequados e aos ritmos acelerados. Entre outras condições a adversas, o trabalho pode resultar em acidentes e ainda ser o caminho para a origem de doenças (SILVEIRA, 2009).

É necessário visualizar quem são os trabalhadores, uma vez que, a maneira como o trabalho influencia na saúde e na vida das pessoas é uma das novas grandes questões de saúde pública (MAENO, 2005; COSTA, 1989) e aos profissionais da área da saúde caberá atuarem como agentes da promoção e proteção a saúde (SILVEIRA, 2009).

O ministério da saúde, através seus textos oficiais, como o documento citado por Silveira (2009), apresenta através da Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores no Brasil, a seguinte definição para trabalhador:

São considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários; servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2005 apud SILVEIRA, 2009).

Essa definição é importante diante do fato de que perante o SUS é relevante o reconhecimento da condição do trabalhador, uma vez que identificada sua condição, mesmo que como ex-trabalhador, deve-se investigar os riscos a que esses indivíduos se expõem ou se expuseram no trabalho. “Na identificação desses riscos pode residir a chave para a compreensão e detecção de problemas atuais de saúde desses cidadãos” (modificado de SILVEIRA, 2009).

Mesmo com a definição de trabalhador, é necessário também visualizar o processo pelo qual esses vivenciaram nos últimos anos, para que a criação das novas abordagens seja relativamente contributiva para as práticas preventivas dos danos a saúde relacionada ao trabalho e abra vias para futuras formulações mais complexas (ASSUNÇÃO, 2003).

A segunda metade do século XX foi marcada pela utilização de novas tecnologias, especialmente as que introduziram a automação e a informatização nos processos de trabalho, embora de um lado contribuíssem para a melhora nas condições de trabalho, por outro lado introduziram novos riscos a saúde. Em outras palavras, melhorou o ambiente eliminando antigos riscos ao trabalhador, mas dentro do novo contexto emergiram as novas doenças relacionadas ao trabalho, entre elas as doenças cardiovasculares, o câncer, o estresse, e os distúrbios mentais (MENDES; DIAS, 1991).

<u>Trabalhador assalariado</u>	Trabalhador que é remunerado sob a forma de salário.
<u>Trabalhador formal</u>	Trabalhador que possui contrato formal de trabalho com o empregador, o qual recolhe obrigações trabalhistas e previdenciárias ou o trabalhador que contribui como autônomo para a Previdência Social.
<u>Trabalhador informal</u>	Indivíduo que trabalha por conta própria e não recolhe contribuições para a Previdência Social.
<u>Trabalhador autônomo</u>	Pessoa que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos. A prestação de serviços é de forma eventual e não habitual e o trabalhador contribui para a Previdência Social.
<u>Trabalhador avulso</u>	Trabalhador que presta serviços a inúmeras empresas, agrupado em entidade de classe, por intermédio desta e sem vínculo empregatício. Caracterizam ainda o trabalho avulso a intermediação do sindicato ou órgão específico de colocação de mão de obra, a curta duração dos serviços e a utilização da forma de rateio para a remuneração.
<u>Trabalhador doméstico</u>	Pessoa que trabalha para família, no âmbito residencial desta.
<u>Trabalhador temporário</u>	Trabalhador contratado para prestação de serviço destinado a atender a necessidade transitória de substituição de pessoal regular e permanente ou a acréscimo extraordinário de tarefas de outra empresa.
<u>Trabalhadores estatutários</u>	São os trabalhadores que possuem contratos com governo municipal, estadual ou federal, com direitos trabalhistas e previdenciários específicos previstos em legislação própria.
<u>População Economicamente Ativa (PEA)</u>	Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, é a população com 10 anos e mais que exerce trabalho remunerado ou não remunerado por mais de 15 horas semanais ou não estava trabalhando, mas procurava trabalho nos últimos dois meses antes da data da pesquisa.

QUADRO 2 – Os trabalhadores (modificado de SILVEIRA,2009)

Além disso, as aceleradas e intensas modificações nas últimas décadas eliminaram postos de trabalhos, gerando inúmeros desempregos, o que hoje constitui mais uma preocupação mundial (SILVEIRA, 2009). Como consequência do desemprego, a depressão é hoje mais uma das doenças que gera grande desconforto social, o sujeito doente compromete sua saúde e pode ainda afetar sua família, mesmo estando estes inseridos no mercado de trabalho (KASIMOTO, 2008).

Dentro deste cenário recente, Silveira (2009) ilustra numericamente a situação do trabalhador no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), População Economicamente Ativa (PEA) no ano de 2005 era de 95.923 milhões de pessoas, sendo que desses dados um elevado número de 22.417.305 eram trabalhadores sem carteira assinada. Esses indivíduos uma vez que não contribuem, em sua maioria, para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou para fundos de previdência de servidores públicos, não possuem direitos previdenciários. Ainda, não são assistidos pelos programas de proteção à saúde no trabalho, implementados por empresas privadas, mas exigidos pela legislação trabalhista, mas que possuem trabalhadores cobertos pelos programas de órgãos públicos para seus servidores ou pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Os trabalhadores sem carteira assinada podem contar apenas com as ações de assistência e proteção a saúde que são oferecidas pelo SUS (SILVEIRA, 2009).

Diante do reajuste organizacional do trabalho observado nas últimas décadas, dos novos problemas enfrentados e dos diferentes e emergentes problemas de saúde resultados dessa configuração, as políticas de Saúde Pública deveriam assumir postura rígida, é dentro Sistema Único de Saúde brasileiro que se tem início a uma articulação para que fosse criado um programa de Saúde dos Trabalhadores (CEREST, 2008).

5.4. O SUS e a Saúde do Trabalhador

As inter-relações entre trabalho, saúde e ambiente, determinadas pelo modo de consumo e produção de uma dada sociedade, são o maior referencial para se entender as condições de vida, o perfil das enfermidades, a suscetibilidade de diferentes grupos sociais e o desgaste ambiental, e assim, para construir alternativas de modificações capazes de garantir a saúde e a vida, para os cidadãos (DIAS *et al.*, 2009).

No decorrer da história humana, a natureza foi vista como uma fonte de recursos inesgotáveis para os empreendimentos humanos. O avanço científico e tecnológico, guiado para produção através da idéia de recursos inesgotáveis, induziu a exploração sem limites. Entretanto, para que a produção aconteça, o trabalho humano será sempre indispensável (DIAS *et al.*, 2009).

A década de 70 destaca um processo histórico da evolução dos processos de trabalho, já pertinentemente diferente daqueles observados durante a Revolução Industrial. Os diferentes territórios abrigam distintos processos produtivos, que não mais se restringem ao interior de indústrias e fábricas, determinando diferentes exposições dos trabalhadores, as cargas, aos agentes e os riscos de danos a saúde (DIAS *et al.*, 2009).

Na perspectiva de saúde, é necessário entender o ambiente como território vivo, determinado por processos históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos. As ações de saúde do trabalhador devem estar articuladas assim, aos serviços de saúde e dessa forma as políticas públicas, uma vez que os riscos gerados pelos processos produtivos afetam o meio ambiente, a saúde da população e dos trabalhadores (DIAS *et al.*, 2009).

Apesar das dificuldades, a busca na eficiência na atenção a saúde do trabalhador não deve ser utópica, e pensando no ponto de vista que envolve administração dos fundos públicos e saúde pública, é dever prioritário. Os profissionais do setor saúde, devem dessa maneira, colocar em primeiro lugar a produção de serviços que atendam as reais necessidades dos trabalhadores (GEHRING-JUNIOR, 2003 *apunt* DUSSAULT, 1995; FARIA;JATENE, 1995).

*Construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde. (BARROS, 2011 *apunt* BENEVIDES, 2005). Então, uma política pública só se concretiza quando “o que fazer” está em sintonia com o “como fazer”. Conceitos precisam estar afinados com práticas, e conhecimento, com transformação da realidade (BARROS, 2011)*

No Brasil, desde o início da década de 80 as mudanças em curso na sociedade resultaram na promulgação de uma nova Constituição Federal, a de 1988. O processo durou meses, e se estabelecia um novo arcabouço jurídico no País, tanto na economia, no jurídico e no social. Derivado desse processo, o Sistema Único de Saúde

(SUS) foi a mais ousada reengenharia da Saúde Pública, garantindo a partir desse momento que a saúde fosse um direito de todos e um dever do Estado (CEREST, 2008).

Mesmo em meio a muita polêmica e embate de idéias e interesses, as ações em saúde do trabalhador passaram a ser definidas como parte integrante das atribuições do SUS (CEREST, 2008), e desde sua criação é responsável em seus diferentes níveis de complexidade, pelo atendimento a trabalhadores vítimas de doenças e acidentes relacionados ao trabalho (SILVEIRA, 2009).

A criação do SUS marcou uma nova etapa da construção da cidadania dos brasileiros, expressando uma nova relação do Estado com a população: a integralidade, a universalidade, e a equidade, princípios que regem o sistema, somados a participação social, colocaram o povo como agente ativo na sua conformação e como eixo central do sistema (CEREST, 2008).

O Princípio da integralidade representa a necessidade de demonstrar que a atenção a saúde deve ser levada em conta considerando as específicas necessidades de cada grupo ou pessoa, ou seja, cada um com suas demandas. Segundo o Princípio da universalidade, saúde é um dever do Poder Público e direito de todos, garante não somente o acesso imediato ao acesso de ações e aos serviços de saúde, mas enfatiza também ações preventivas e o tratamento de agravos. O Princípio da Equidade reafirma a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes no país (MINISTERIO DA SAUDE, 2000).

Porém, no início de sua criação, no SUS ainda não se preocupavam em investigar a relação dos agravos apresentados com o trabalho, e assim implementar ações de prevenção. Dessa forma a oferta de ações voltadas para a saúde dos trabalhadores foi bastante irregular. Os profissionais, muitas vezes não se sentiam firmemente habilitados para a execução de ações de assistência, promoção e proteção da saúde no trabalho (SILVEIRA, 2009).

Para Ivonete Heidmann (2006), é importante reconhecer que as maiorias dos profissionais ainda desconhecem o verdadeiro significado do tema da promoção a saúde, existindo uma confusão entre os conceitos de prevenção e promoção. Diante disto, é necessário que os profissionais ampliem e compreenda sua visão de promoção a saúde, para que os serviços de saúde promovam a saúde, e estes profissionais sejam atores críticos e participantes do processo de construção do sistema.

O primeiro momento de criação do SUS refletiu o descaso em investigar a relação do agravo com o cargo desempenhado, somado a isso, ainda não existam ferramentas para notificações de agravos advindos do trabalho, e dessa forma era insuficiente as ações de prevenção. Mesmo que em poucos municípios houvesse centros de referência a saúde ou ambulatorios de referência a saúde do trabalhador, estes assumiam uma postura desarticulada da atenção básica, dificultando a atenção integral à saúde dos trabalhadores (SILVEIRA, 2009).

O desafio era construir uma rede de referência regionais, capaz de disseminar os conceitos do SUS: da integralidade, da universalidade e da equidade, ao mesmo tempo era necessária uma abordagem específica para a relação saúde e trabalho. O que nem sempre era muito compreendido pelos gestores, que incorporavam na prática a atenção geral do SUS também aos trabalhadores, dizendo que o trabalhador nada tinha de específico (CEREST, 2008).

Ainda dentro do contexto nacional, o desafio de construir uma rede de centros de referência em Saúde do Trabalhador ganhou fôlego com o “Projeto de Cooperação Técnica Brasil – Itália” (PCTBI), ocorrido no estado de São Paulo. Era necessária a instituição de varias frentes simultâneas: primeiramente capacitar a nível técnico profissionais subordinados a gestores e, ao mesmo tempo, construir uma rede de parcerias inter setoriais em nível estadual e regional (CEREST,2008).

No ano de 2002, a Portaria de número 1.679, do Ministério da Saúde determinou a elaboração, por parte das secretarias estaduais de saúde um plano estadual de saúde dos trabalhadores, refletindo o entendimento da necessidade de integração das ações de Saúde do trabalhador e do SUS (CEREST, 2008). Neste momento foi criado a Rede Nacional de Atenção Integral a saúde dos Trabalhadores (RENAST) (SILVEIRA, 2009).

O plano criado em 2002 teve ainda como propósito, junto as equipes de Saúde da Família, estruturar a rede estadual de atenção integral a saúde dos trabalhadores, através da implementação e re-elaboração de ações de saúde na rede de atenção básica, ainda na rede assistencial de media e alta complexidade do SUS e criar um rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (SILVEIRA, 2009).

Como responsabilidade cabe as equipes de Saúde da Família o acolhimento dos trabalhadores, a investigação da relação entre adoecimento e trabalho, a identificação das situações de risco a saúde nas áreas de atuação das equipes e o

adequado direcionamento a níveis mais complexos do Sistema quando necessário. Desse modo, a estratégia das equipes Saúde da Família ilustra o reordenamento da atenção a saúde no país, e se dão por intermédio da atenção básica. É uma estratégia fundamental para efetivar as ações de saúde do trabalhador no SUS, bem como para a consolidação no RENAST no país (SILVEIRA, 2009).

As equipes Saúde da Família utilizam de estratégias para minimizar as desigualdades existentes no país, e com isso permitem o alcance de mais resolubilidade, além de coordenar a atenção para níveis mais complexos do Sistema (SILVEIRA, 2009).

Os CERESTs, que atualmente são mais de 200 unidades espalhadas pelas principais regiões de todos os Estados (SILVEIRA, 2009), assumem a função de suporte técnico e científico para o SUS, no âmbito de um território, tem como um dos objetivos atenderem as demandas decorrentes do quadro epidemiológico, através de uma cooperação técnica interinstitucional (SANCHEZ, 2009).

Assim, cabem aos CERESTs as ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, vigilância e reabilitação em saúde dos trabalhadores (SILVEIRA, 2009). Suas atividades consistem em fiscalização das condições de saúde do trabalho, avaliação do ambiente de trabalho, atendimento ambulatorial, elaboração de projetos específicos decorrentes da demanda dos sindicatos e da rede de saúde, cursos de capacitação, orientação e educação em saúde. Essas ações são desenvolvidas por equipes multidisciplinares, envolvendo: assistentes sociais, médicos do trabalho, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, engenheiros de segurança no trabalho, fonoaudiólogos, entre outros (SANCHEZ, 2009).

Os últimos parágrafos ilustram a estratégia de organização e intervenção, na vigilância em saúde que vem sendo proposta nos últimos anos. É necessário reconhecer que para que ocorra um impacto positivo na redução de acidentes e agravos na saúde, no que diz respeito ao campo saúde do trabalhador, é necessário ainda uma maior capacidade de intervenção efetiva, aí entendida o poder de coerção que é uma função própria de Estado, ou seja, do poder público (CEREST, 2008).

Aliada a esta carência, somam-se algumas outras: como a necessidade de instituir e aprimorar mecanismos normativos e reguladores, que objetivem a proteção da população e do ambiente natural de trabalho; aprimoramento técnico - científico de áreas tradicionais da saúde; treinamento de órgão de vigilância; treinamento de gestores

com o olhar da saúde do trabalhador e ainda, disseminação de conceitos amplos de saúde do trabalhador, como determinado na Constituição Federal (CEREST,2008).

6. CONCLUSÃO

As idéias para elaboração deste trabalho se deram a partir da experiência de um ano do estágio curricular realizado na UFMG, no campus Saúde, dentro do Laboratório do Movimento. Sendo um dos integrantes do Projeto Saúde do Trabalhador, sou essa experiência para efetivar a conclusão da dissertação do Trabalho Final de Conclusão de Curso.

O Campo de saúde, este pelo qual se insere também o papel do Profissional de Educação Física, é um Campo novo ao pensarmos que saúde é tema dos primórdios, e é este um Campo em construção até os dias atuais, mas sem dúvidas de que ao Estado devemos exigir responsabilidades, é a Saúde Pública. Foram necessários anos para se estabelecer um conceito de saúde, que veio a tona com a consolidação da Organização Mundial de Saúde (OMS), mas o mais importante não foi simplesmente o conceito, mas sua repercussão, e finalmente o reconhecimento de que saúde é um direito, e obrigação do Estado na promoção e proteção.

Não somente a Educação Física se insere nesse Campo, mas várias outras profissões, sendo o mais importante sabermos trabalhar de maneira integrada para maior efetividade dos Sistemas proposto, no caso do Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), e as competências a que ele confere desde sua consolidação em 1988.

Notou-se que as inúmeras inquietações no que diz respeito à saúde, surgiram, nesse delineamento histórico, por inquietações das classes trabalhadoras, e vieram a ser solucionadas com os avanços dos estudos científicos, ou seja, para que tudo se trilhe no sentido de cada vez mais melhoras, novos estudos precisam ser realizados, bem como novas revisões bibliográficas no que diz respeito ao tema.

REFERÊNCIAS

ASSUNCAO, A.A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena 190/8.009, Bairro Santa Efigênia, 30130-100, Belo Horizonte MG. **Ciências & Saúde Coletiva**, 8(4):1005-1018, 2003.

BARROS, M.E.B.; GUEDES, C.R.; ROZA, M.M.R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciências & Saúde Coletiva**, 16(12): 4803-4814, 2011.

CENTRO DE REFERENCIA EM SAUDE DO TRABALHADOR (CEREST). Saúde do trabalhador no SUS, Programa de saúde dos trabalhadores da zona norte. Vigilância em saúde, 20 anos do SUS- SP. 2008.

DIAS, E.C.; RIGOTTO, R.M.; AUGUSTO, L.G.S.; CANCIO, J.; HOEFEL M.G.L. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. Belo Horizonte - MG. **Ciências & Saúde Coletiva**, 14(6): 2061-2070 2009.

FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, P.F.; TEIXEIRA, P.F. Processo de trabalho em saúde - Módulo Núcleo de educação em Saúde da faculdade de medicina (NESCON)- Universidade federal de Minas Gerais, 2a Edição, Editora Coopmed, 2009.

GEHRING-JUNIOR, G.; SOARES, S.E.; CORREA-FILHO, H.R. Serviços de Saúde do trabalhador, a co-gestão em universidade pública. **São Paulo em Perspectiva**, 17(1): 29080-3110, 2003.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. **Estudo de caso sobre: implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos [CR-ROM]**. Rio de Janeiro: NUPES/DAPES/ENSP/FIOCRUZ; 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro/RJ: Fiocruz, 2008.

HEIDMANN, I.T.S.B., ALMEIDA, M.C.P.; BOECHS, A.E., WOSNY, A.M., MONTICELLIS, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de duas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2): 352-8.

KASIMOTO, A.R. Desemprego prejudica saúde de trabalhador e família. Divulgação Científica. Assessoria de Comunicação da Faculdade de Medicina da UFMG, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/noticias/?p=1285>. Acesso em: Maio 2012.

KEPPLER, I.; VILHANUEVA, M. **28 de Abril: acidentes e doenças de trabalho matam mais que guerra**. Publicado em 28/04/ 2012.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. 2003. **Resvita Saúde Pública**, São Paulo, 25(5), 1991.

MINISTERIO DA SAUDE, Secretaria Executiva. Sistema Único de saúde, Princípios e Conquistas. Brasília-DF, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: Junho de 2012.

PITANGA, F.J.G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** Brasília v.10 n. 3 p. 49-54 julho 2002.

SANCHEZ, M.O.; REIS, M.A.; CRUZ, A.L.S.; FERREIRA, M.P. Atuação do CEREST nas Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Setor Canavieiro. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009.

SANTOS, J.F.S. **Promoção de saúde no trabalho e atividade física**. 2006.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. Departamento de medicina Legal. Ética medica e Medicina Social do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP-Brasil, 1997.

SILVEIRA, A.M. Saúde do Trabalhador - Módulo. Núcleo de educação em Saúde da faculdade de medicina (NESCON) - Universidade federal de Minas Gerais, Editora Coopmed, 2009.

SIQUEIRA, F.V.; NAHAS, M.V.; FACCHINI, L.A.; SILVEIRA, D.S.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; HALLAL, P.C. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(1):203-213, jan, 2009

VILELA, R.A.G.; MALAGOLI, M.E.; MORRONE, L.C. Gerenciamento Participativo em Saúde do Trabalhador: uma experiência na atividade de controle de vetores. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.4, p.969-980, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa. CHARTER ADOPTED AT AN INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION. The move towards a new public health, November 17-21, 1986 Ottawa, Ontario, Canada 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1.